ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

CAS
DE CYSTICERQUE
DANS LE CORPS VITRÉ

Travail présenté à l'Académie

PAR

le Dr ROMIÉE,

SECRÉTAIRE DE LA COMMISSION MÉDICALE DE LA PROVINCE DE LIÉGE.



BRUXELLES,

F. HAYEZ, IMPRIMEUR DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE,

RUE DE LOUVAIN, 108.

1889

CAS de cysticerque dans le corps vitré (1).

Le cysticerque de l'œil se rencontre bien rarement en Belgique : le premier cas de cysticerque de l'œil signalé dans notre pays a été observé par notre distingué confrère, M. le Dr Bribosia; le parasite était logé dans la chambre antérieure de l'œil.

« La vésicule occupait le milieu du champ pupillaire; sans locomotion appréciable, elle était néanmoins animée de mouvements péristaltiques. Une incision cornéenne avec le couteau lancéolaire a permis à notre honorable confrère de Namur de saisir la vésicule avec des pinces à iridectomie et de l'amener au dehors. »

En 1885, M. le Dr Van Duyse, de Gand, a publié (2) l'observation intéressante d'un cas de cysticerque du corps vitré : il s'agit d'un homme de 41 ans qui consulte cet honorable confrère pour un trouble de l'œil gauche existant depuis seulement trois semaines. Cet homme avait été atteint de tænia. M. Van Duyse constate dans le corps vitré la présence d'une vésicule en bas, entre l'équateur et le corps ciliaire. Cette vésicule offre des ondulations actives entières et des déplacements remarquables de l'extrémité céphalique. L'opération a été pratiquée soigneusement; mais, comme cela arrive fréquemment, le cysticerque n'a pu être extrait. Quelque temps après, pendant une nouvelle tentative d'extraction, il se produit plusieurs petits accidents qui forcent le chirurgien à procéder à l'exentération et à assurer ainsi l'enlèvement de la vésicule.

Ces deux cas sont les seuls signalés en Belgique, et il nous paraît intéressant de rapporter le troisième cas de cysticerque de l'œil observé dans notre pays.

Si la présence du cysticerque, soit dans l'œil, soit dans les autres organes, est fort rare dans notre pays, celui-ci n'est pas seul à jouir de cette quasi immunité vis-à-vis du cysticerque; en France, en Autriche, en Hollande, en Danemark, on ne relate

(1) Extrait du *Bulletin de l'Académie,* année 1889.

(2) VAN DUYSE. *Annales d'oculistique,* t. XCIII, p. 280

que très rarement des cas de cysticerque de l'œil; en revanche, cette affection est fréquente en Allemagne, surtout dans les régions du Nord et de l'Est : ainsi A. von Graefe en a observé un cas sur 1,000 malades, et Hirschberg atteint même la proportion de un cas sur 420 malades (1).

M. le professeur Dr Firket nous a communiqué que sur 1,100 autopsies qu'il a pratiquées à l'hôpital de Bavière de Liége, il a trouvé une seule fois, et cela dans les muscles, des cysticerques. Mon honorable confrère a reçu un cysticerque qui lui a été adressé par M. le Dr Houyet, de Huy. Celui-ci avait extrait cet exemplaire de la langue d'un de ses clients.

Voici comment Hirschberg (2) expose l'immigration du cysticerque dans l'œil : « Le ver vésiculaire tel qu'on le rencontre à l'intérieur de l'œil humain — c'est le scolex de la terminologie des anciens, qui ne connaissaient pas encore l'histoire de son développement — appartient à une espèce unique, au *grain de ladrerie* (*cysticercus cellulosæ*).

Ce nom nous reporte immédiatement vers l'animal dans la chair musculaire et dans le tissu connectif duquel nous trouvons si souvent les grains de ladrerie, c'est-à-dire le porc. La première question que nous avons, en effet, fréquemment entendu poser, en présence d'un cysticerque de l'œil, par de jeunes médecins et même par des confrères plus âgés et plus expérimentés, est la suivante : « le malade a-t-il fait usage de viande de porc crue? » Cette question repose sur une erreur ; du moins la consommation de la viande de porc ladre n'expose pas l'homme, pris isolément, à contracter un cysticerque de l'œil, mais tout un groupe d'hommes est exposé à l'acquérir d'une façon médiate.

Que le parasite de la chair ladre parvienne dans l'estomac et l'intestin de l'homme, sa vésicule caudale est digérée ; la tête s'accroît par bourgeonnement en une colonie d'animaux de dimensions variables, que nous désignons sous le nom de cestode commun, de *tœnia solium*. La tête, armée d'une couronne de crochets et de quatre ventouses, se fixe dans la muqueuse intestinale et procrée sans cesse, par voie de bourgeonnement, de nouveaux

(1) HIRSCHBERG. *Le cysticerque de l'œil;* traduit par Van Duyse. (*Annales de la Société de médecine de Gand*, 1880.)

(2) *Annales de la Société de médecine de Gand.* Loco cit.

et innombrables articles (proglottides). Les plus anciens sont naturellement les plus éloignés de la tête ; ce sont aussi les plus grands, et il faut les considérer comme des individus distincts, hermaphrodites et adultes.

Au bout d'un certain temps, les articles terminaux, les proglottides, capables de se mouvoir par eux-mêmes et bourrés d'innombrables œufs fécondés d'embryons pourvus de six crochets et d'une enveloppe cornée, se détachent et arrivent au dehors avec les produits de la digestion sur le sol, dans les eaux, à la surface des champs et sur les fumiers. Enfin, de là une infime partie des innombrables embryons vivaces va immigrer de rechef dans le canal intestinal d'un mammifère (homme ou porc) et les enveloppes des œufs se rompent sous l'influence du suc gastrique ; les embryons pénètrent dans le système vasculaire et, entraînés par ce torrent circulatoire, attérissent quelque part dans le système capillaire, soit du tissu cellulaire sous-cutané, soit du cerveau, ou bien encore dans l'intérieur de l'œil. Ici l'être quasi-microscopique se transforme en un ver vésiculaire de la grosseur d'un pois, voire même d'une fève. Le ver refoule les parties qui l'environnent, provoque en s'accroissant de l'irritation du tissu circonvoisin, lequel s'épaissit jusqu'à former une capsule organique. Il s'ensuit que la nocuité du parasite est, pour la partie recélante, en raison directe de l'importance des tissus refoulés. Il en résulte, d'autre part, qu'une population qui consomme beaucoup de viande de porc crue, alors que la chair ladre de cet animal n'est pas absolument exclue de l'alimentation — et l'on dirige actuellement en Allemagne des mesures légales contre ce danger — est exposée à l'immigration relativement fréquente de vers vésiculaires dans les divers organes du corps humain et en particulier dans l'œil. Il en résulte, enfin, que l'homme, pris isolément, contracte après la consommation de chair de porc ladre, non pas le ver vésiculaire, mais le cestode à proglottides, le *tænia solium*.

La possibilité d'une autre infection chez l'homme dans l'intestin duquel un tænia a élu domicile existe toutefois ; il se pourrait qu'un article mûr du tænia arrivât dans l'estomac — bien que de nombreux observateurs ne concèdent pas ce point — et un jeune ver vésiculaire pourrait aller de là se loger directement dans l'œil ou le cerveau, sans avoir à opérer au préalable une immigration, d'ailleurs difficile, dans le corps d'un hôte nouveau. L'expérience

nous apprend que cette possibilité devient rarement une réalité. Sur un total de 80 cysticerques intra-oculaires, on ne peut relever que cinq fois la coexistence du tænia (von Graefe). Sur un relevé beaucoup plus considérable, on a trouvé, comme cause étiologique, cette circonstance que les gens habitant la même demeure et la même chambre que le malade atteint de cysticerque souffraient du ver solitaire. *Le tænia est aussi dangereux dans notre maison que dans notre corps* (Hirschberg).

Il est à remarquer que A. von Graefe n'a pu, dans les cas observés par lui, noter la coexistence de cysticerques de la peau, tandis qu'il eut à relever deux fois la présence de ces vers dans le cerveau.

Dès que le cysticerque est introduit dans l'œil, il peut se rencontrer sous la conjonctive, dans la chambre antérieure, sous la rétine ou dans le corps vitré. Dans ce dernier cas, il peut être fixé à la rétine (1) ou être libre. Lorsqu'il est libre, le corps vitré se ramollit, et c'est ainsi que le ver se meut si aisément, ou bien il se forme autour du parasite des fausses membranes plus ou moins épaisses. Si le cysticerque siège sous la rétine, on peut le confondre longtemps avec le décollement de la rétine.

L'état de la vision sera plus ou moins altéré. Au début, le trouble visuel peut être insignifiant, et, les lésions augmentant (décollement de la rétine, opacités vitrées, etc.), la vision s'affaiblit proportionnellement.

A une époque ultérieure, la présence de ce corps étranger amène une inflammation plus ou moins vive (irido-choroïdite, attaques glaucomateuses) qui finit par amener la phtisie de l'œil.

Lorsqu'on extrait le cysticerque assez tôt, c'est-à-dire avant la production de lésions étendues, la vision peut être conservée et, si elle a été réduite, elle s'améliore ordinairement.

L'extraction, peu douloureuse du reste, réussit souvent. Graefe avait, en 1885, réussi trente fois sur quarante-cinq opérations. C'est dans les cas où le parasite se meut librement dans le corps vitré que les insuccès sont le plus à craindre, en raison des modifications du corps vitré qui s'écoule en quantité.

(1) Leber. *Annales d'oculistique*, 1883, t. LXXXIX, p. 89.

Observation. — B..., Honorine, 19 ans, se présente à la consultation, à l'hôpital civil, dit « des Anglais, » de Liége, le 22 janvier 1889. Elle se plaint de voir mal de l'œil droit depuis deux mois environ.

Cette jeune fille, au teint fort coloré, offre les lèvres pâles; ses menstrues sont bien régulières, mais elles sont précédées et suivies de pertes blanches. Mlle B... éprouve de temps en temps de la céphalalgie qui siège dans toute la tête; elle mange beaucoup et a toujours bon appétit et bonne digestion, de temps à autre elle souffre de coliques. Elle a été souvent tourmentée, après son coucher, de démangeaisons à l'anus et vers la vulve; fréquemment elle a rejeté des vers lombricoïdes et ascarides.

L'œil gauche dévie légèrement en dehors; la pupille semi-dilatée ne réagit pas sous l'influence de la lumière; la malade ne perçoit plus la lumière et les phosphènes n'apparaissent plus à la pression. A l'éclairage oblique, on aperçoit dans le corps vitré en haut et en dehors des filaments membraneux grisâtres; en bas et en dedans, dans le corps vitré, on constate la présence d'un corps arrondi, paraissant blanc jaunâtre, et offrant, en apparence, un diamètre de 2 $^1/_2$ à 3 millimètres. A sa partie supérieure ce corps est surmonté d'un mince appendice d'une longueur apparente de 2 à 2 $^1/_2$ millimètres. Cet appendice est surmonté d'un renflement en accent circonflexe arrondi et peu élargi. Cet appendice, dirigé en haut, se meut très manifestement vers le côté interne.

Nous nous trouvons en présence d'un cysticerque mobile dans le corps vitré.

L'examen ophtalmoscopique nous montre un décollement de la rétine complet. La tension du globe est la même que celle de l'autre œil; celui-ci est légèrement hypermétrope et n'offre aucune altération dans ses milieux transparents ni dans ses membranes.

La malade nous dit avoir reçu un coup de pied sur l'œil, il y a neuf mois et avoir, depuis lors, toujours remarqué une tache ronde qui se plaçait devant son œil. Il y a deux mois, nous confirme-t-elle, elle distinguait encore de cet œil les gros objets.

Cette jeune fille, depuis de nombreuses années, a l'habitude de manger la viande crue, et elle mange beaucoup de viande de porc. Elle est seule de sa famille ayant ce goût, et elle ne connaît personne de sa famille ni de son voisinage ayant jamais souffert du ver solitaire.

Le 24 janvier, nous revoyons la malade après instillations d'atropine. L'aspect et la position de la petite tumeur hétérogène ont un peu changé: nous n'apercevons plus qu'une petite masse globuleuse à la partie supérieure de laquelle on distingue un petit enfoncement arrondi, une petite cupule, à la place de l'extrémité céphalique. La vésicule se trouve plus en dehors de la position qu'elle occupait le 22 janvier, et elle se trouve sur la ligne médiane et un peu au-dessous du centre. Si le diagnostic n'avait pas été posé antérieurement, il serait difficile de savoir de quelle nature peut être cette petite masse blanc jaunâtre et mate.

Le 26 janvier, le Dr Fauconnier, adjoint du service, a revu la malade, et il

a constaté que la vésicule s'est portée un peu en dehors et qu'elle montre de nouveau son extrémité céphalique qui, cette fois, apparaît en bas et est mobile.

Un purgatif est administré à la malade, mais les selles ne renferment aucune trace de vers.

Le 28 janvier, nous examinons de nouveau la malade, et cette fois nous ne parvenons plus à découvrir le cysticerque. Est-ce par suite des opacités membraneuses du corps vitré que le parasite n'est plus visible? nous ne le croyons pas, ces opacités n'étant pas assez épaisses pour masquer le cysticerque; a-t-il fui vers l'équateur? Nous explorons toute cette région sans le découvrir. Le cysticerque s'est-il retiré plus en arrière, derrière un pli rétinien? C'est probable, à en juger par un soulèvement léger et manifeste plus prononcé de la partie de la rétine décollée en bas et en dedans. Quoi qu'il en soit, cette fois le diagnostic exact serait absolument impossible.

En présence de M. le Dr Collard, médecin chef de service, de M. le Dr Beco, médecin adjoint, et de plusieurs étudiants, avec l'aide de M. le Dr Lebeau, chirurgien chef de service, de M. le Dr Fauconnier, adjoint, de MM. Delaye et Lewuillon, attachés au service d'ophtalmologie, nous procédons à l'opération.

L'œil est insensibilisé au moyen d'une solution de chlorhydrate de cocaïne (5 %) rendue aseptique par le sublimé corrosif.

Une solution à 1/2 p. 1,000 de sublimé corrosif est ensuite injectée dans les culs de sac.

Nos mains et les instruments sont désinfectés au moyen des solutions d'acide phénique.

Le blépharostat étant placé, nous saisissons un pli de la conjonctive à 5 millimètres du bord inférieur de la cornée; nous pratiquons à la conjonctive une boutonnière très large et perpendiculaire à la direction du muscle droit inférieur. La capsule de Ténon est bien débridée, le droit inférieur est sectionné et la sclérotique est dégagée avec soin. Le globe, au moyen d'une pince à fixation saisissant l'extrémité tendineuse-cornéenne du muscle, est porté fortement en avant. Nous servant d'un couteau de Graefe, nous ponctionnons la sclérotique à un centimètre et demi en arrière du bord de la cornée, et nous ramenons le couteau d'arrière en avant suivant le méridien vertical du globe dans l'étendue d'un centimètre environ. Il sort du globe une certaine quantité d'un liquide légèrement citrin, qui est le même que celui que l'on obtient dans la ponction des décollements de la rétine. Les lèvres de la plaie scléroticale sont tenues écartées par de fins crochets pointus fixés dans la sclérotique. Nous introduisons une pince à iridectomie à deux reprises dans le corps vitré, infructueusement; d'un coup de ciseaux nous agrandissons l'ouverture scléroticale dans l'étendue de près d'un demi-centimètre dans la direction postérieure du globe; alors, en plongeant la pince fort en arrière, nous ramenons une masse grisâtre, transparente, molle comme une vésicule remplie incomplètement de liquide; elle offre un diamètre d'au moins cinq millimètres. Plongé immédiatement dans l'alcool, le

cysticerque fait apparaître immédiatement son extrémité céphalique, en même temps que la vésicule se rétracte notablement.

M. le professeur Dr Firket, auquel nous avons transmis la pièce, nous a écrit qu'il a vu « avec toute la netteté désirable la couronne de crochets caractéristiques du cysticerque de la ladrerie du porc (*cysticercus cellulosæ*) qui correspond au *tænia solium.* »

Les crochets et le blépharostat ont été enlevés aussitôt; nous attendons quelques instants afin que le globe, un peu affaissé, reprenne en partie sa forme.

Pour éviter toute autre nouvelle cause d'irritation, nous n'appliquons aucune suture pour ramener le muscle droit inférieur à sa position primitive. Nous nous réservons de rétablir la bonne direction du globe, qui sera fortement dévié en haut en recourant ultérieurement à l'avancement du tendon. Nous faisons la toilette de l'œil et nous appliquons un pansement antiseptique; les deux yeux sont bandés.

Le 29 janvier, la malade a passé une bonne nuit, elle ne souffre pas. La veille, trois heures après l'opération, elle a éprouvé dans l'œil des douleurs assez vives qui, cependant, se sont dissipées tout de suite après le changement du pansement. Il est vrai que Mlle B... pleurait, et qu'il a suffi que M. Delaye, interne, changeât le pansement pour que la malade reprit tout son calme.

Les paupières sont légèrement tuméfiées; ce qui est dû au pansement phéniqué, car la conjonctive oculaire n'offre que le léger degré d'irritation qu'on observe après toute strabotomie; la pupille est dilatée, le volume et la tension de l'œil sont normaux.

Nous instillons quelques gouttes d'une solution de sulfate d'atropine avec sublimé corrosif (sulfate d'atropine, 5 centigr.; eau distillée, 10 gr.; sublimé corrosif, 4 milligr.).

Le 2 février, nous avons continué le même pansement, et rien de remarquable ne s'est produit; la malade ne s'est plainte d'aucune sensation anormale. Nous dégageons l'œil gauche et nous maintenons le pansement sur l'œil droit.

Le 3 février, nous examinons rapidement l'œil à l'ophtalmoscope à l'image droite, et nous constatons qu'il existe une raie rougeâtre dans la partie qui correspond à la section scléroticale; tout le reste du fond de l'œil est grisâtre.

Le 5 février, la malade n'a pas dormi de la nuit; depuis la veille elle souffre de douleurs périorbitaires lancinantes assez violentes. Sur le pansement nous voyons un peu de matière puriforme; les paupières sont tuméfiées et leurs bords sont rouges. Les conjonctives oculaire et palpébrale sont d'un rouge vineux, l'œil est très larmoyant, la pupille n'est plus que semi-dilatée malgré l'atropine; dans le champ pupillaire apparaît une teinte jaunâtre qui fait craindre une panophtalmie. Nous prescrivons des instillations mydriatiques, un vésicatoire à l'apophyse mastoïde, un purgatif, et le soir une sudation abondante.

Le 6 février, tout est bien; la malade n'a plus souffert; l'œil est dans le

même état que le 3 février, et la conjonctive oculaire tend à reprendre sa coloration normale. Nous instituons le traitement ioduré (2 grammes d'iodure de potassium par jour) et nous faisons poursuivre les instillations d'atropine.

Le 9 février, l'ophtalmoscope nous fait revoir cette raie rougeâtre dont nous parlons plus haut, et nous montre une tache également rougeâtre dans la partie centrale du fond. Tout le reste du fond est d'aspect grisâtre et constitue un décollement rétinien général. Dans la partie antérieure du corps vitré, dans le sens vertical, existe toujours une bande flottante membraneuse.

La malade ne perçoit pas la lumière de cet œil, qui est dévié fortement en haut.

Le 12 février, nous découvrons l'œil et nous continuons les instillations d'atropine et le traitement ioduré. La malade sort de l'hôpital.

Le 18 mai. Nous avons revu Mlle B... de temps en temps. Elle n'a plus présenté du côté de l'œil rien digne d'être noté. Elle a cessé tout traitement depuis le milieu de mars.

Elle a cessé l'usage de la viande crue; son état chlorotique a fait place à un état de santé excellent. Nous pratiquons l'avancement du tendon du droit inférieur et, le 21 mai, nous constatons que le globe a repris la position qu'il occupait avant l'extraction du cysticerque.